

# 温州市医疗保障局文件

温医保发〔2022〕2号

## 温州市医疗保障局 关于印发《温州市医疗保障定 点医药机构评估管理实施细则》的通知

各县（市）医疗保障局、各区分局，龙港市社会事业局、经开区社保分局，局机关各处室，市医保中心，信息中心，各有关单位：

为进一步规范和完善我市基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店协议管理工作，现将《温州市医疗保障定点医药机构评估管理实施细则》印发你们，请遵照执行。

温州市医疗保障局

2022年2月11日

（此件公开发布）

# 温州市医疗保障定点医药机构评估管理 实施细则

为进一步规范和完善我市基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店（以下简称定点医药机构）协议管理工作，加强医保资源的优化配置，维护参保人基本医疗保险权益，根据国家医疗保障局《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（第2号令）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（第3号令）、浙江省医疗保障局《关于印发浙江省医疗保障定点医疗机构和定点零售药店确定评估细则的通知》（浙医保发〔2021〕46号）等有关规定，结合我市实际，制定本实施细则。

## 第一章 总 则

**第一条** 医疗保障行政部门负责医药机构定点管理政策制定，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）、定点医药机构进行监督。经办机构负责确定定点医药机构，并与定点医药机构签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。

按照“统一管理、分级负责”的原则，市医疗保障行政部门负责全市医药机构定点确定的监督指导工作，各县（市、

区)医疗保障行政部门协助做好辖区范围内医药机构定点确定的监督指导工作。

市级经办机构负责全市二级(含)以上或住院床位200张(含)以上定点医疗机构的确定及各连锁零售药店业务总规模排名前2名直营店的确定,并对各县(市、区)经办机构进行业务指导;各县(市、区)经办机构按相关职责,根据“属地管理”的原则,由医药机构相关证照发放地做好各自辖区定点医药机构确定的相关工作。原有存量管理维持不变。

**第二条** 定点医药机构协议管理应坚持总量控制、合理布局的原则。各县(市、区)医疗保障行政部门应根据公众健康需求、医保基金收支、参保人群数量、业务经办能力等实际情况,合理制定本年度新增定点医药机构规划,并于每年年初向市级医保部门上报年度规划。年度规划应包含上年度定点医药机构管理情况、辖区内定点医药机构分布情况及本年度新增定点医药机构计划等内容,应着重对本辖区内偏远乡镇、街道的定点医药机构分布情况进行摸底,根据城乡人口分布特点和医保服务需求均衡配置医保定点零售药店,在规划中安排20%的定向指标用于未覆盖定点药店的乡镇、街道申请医保定点。鼓励支持将符合条件的中医医疗机构、中药零售药店、养老机构内设医疗机构等纳入医保定点协议管理。

国家或省、市重点项目、政府扶持设置的医药机构和本市重点民生项目,符合条件的可不受年度规划数量限制。

## 第二章 申请

**第三条** 定点医疗机构申请范围。

(一) 以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构,以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可申请医保定点:

1. 综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院;
2. 专科疾病防治院(所、站)、妇幼保健院;
3. 社区卫生服务中心(站)、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所(站)、村卫生室(所);
4. 独立设置的急救中心;
5. 安宁疗护中心、血液透析中心、护理院;
6. 养老机构内设的医疗机构;
7. 盲人医疗按摩所;
8. 企事业单位内设医务室。

(二) 互联网医院可依托其实体定点医疗机构申请签订补充协议,其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用,纳入该实体定点医疗机构按规定结算管理。

(三) 独立设置的临床检验中心、医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心等可作为第三方服务提供机构,与定点医疗机构签订协议,为定点医疗机构提供相关服务,符合医保支付范围的费用由经办机构与定点医疗机构

结算。第三方服务提供机构应及时将协议签订情况向市级经办机构备案。

（四）养老机构内设的医疗机构、盲人医疗按摩所参照原文件执行。

（五）已定点的社区卫生服务中心（乡镇卫生院，下同），其下属政府办卫生所（站）、村卫生室（所）、智慧健康站，同时符合以下条件的，可向辖区经办机构申请定点，经辖区经办机构核查后报市级经办机构备案：

1. 具有独立医疗机构执业许可证，与社区卫生服务中心同一法人；

2. 工作人员由社区卫生服务中心聘用：至少有1名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且注册在该卫生所（站）、村卫生室（所）的医师；至少有1名有资质的护士轮流执业并注册在该社区卫生服务中心；

3. 资产财务管理制度管理：所有业务收支均统一由社区卫生服务中心财务管理，由社区卫生服务中心财务兼任财务人员；资产由社区卫生服务中心统一购置并管理；

4. 医药服务管理：根据社区卫生服务中心目录配备相应的药品和耗材目录，开展各项相关诊疗项目；药品由社区卫生服务中心统一调配；

5. 信息化管理：参照中心实行统一信息化管理，接受社区卫生服务中心和相关部门统一监督。

**第四条** 定点零售药店申请范围。经市场监管部门批准

取得《药品经营许可证》和《营业执照》的零售药店,可在证照有效期内向经办机构申请医疗保障定点。

药品零售连锁企业门店(以下简称连锁门店)应单独申请医疗保障定点。

**第五条** 申请签订服务协议的医疗机构应同时具备以下条件:

(一) 正式运营至少 3 个月;

(二) 医疗机构应至少有 1 名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医(专长)医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师;

(三) 主要负责人负责医保工作,配备专(兼)职医保管理人员;100 张床位以上的医疗机构应设内部医保管理部门,安排专职工作人员;

(四) 具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等;

(五) 具有符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准,实现与医保信息系统有效对接,按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息,为参保人员提供直接联网结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库,按规定使用国家统一的医保编码;

(六) 符合《温州市医疗保障定点医疗机构评估表》(以下简称《评估表》,详见附件 4)中各基础指标的要求,同时自评达到 120 分;

(七) 符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

**第六条** 申请签订医保协议的零售药店应同时具备以下条件:

(一) 在注册地址正式经营至少 3 个月;

(二) 至少有 1 名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师,且注册地在该零售药店,药师须签订 1 年及以上劳动合同且在合同期内;至少有 2 名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专(兼)职医保管理人员负责管理医保费用,并签订 1 年及以上劳动合同且在合同期内;

(三) 按药品经营质量管理规范要求,开展药品分类分区管理,并对所售药品设立明确的医保用药标识;

(四) 具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度;

(五) 具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准,实现与医保信息系统有效对接,为参保人员提供直接联网结算,建立医保药品等基础数据库,按规定使用国家统一医保编码;

(六) 符合《温州市医疗保障定点零售药店评估表》(以下简称《评估表》,详见附件 5)中各基础指标的要求,同时自评达到 120 分;

(七) 符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门

规定的其他条件。

**第七条** 医疗机构向医保经办机构提出医疗保障定点申请，至少提供以下材料：

（一）《温州市医疗保障定点医疗机构申请书》及《评估表》（附件 2、4）；

（二）医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证，法定代表人身份证复印件及医疗机构工作人员花名册；

（三）与医保政策对应的内部管理制度和财务管理制度，医保专（兼）职管理人员劳动合同；

（四）县级以上卫生健康部门确认的医疗机构等级证明（无等级不需提供）、执业医师（包括执业助理医师、乡村医师）注册证明；

（五）已开展的医疗服务项目及价格清单、药品及价格清单、经省卫生健康部门批准购置的大型医用设备清单；

（六）医疗机构用房产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同；

（七）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（八）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

（九）按相关规定要求提供的其他材料。

**第八条** 符合条件并愿意承担医保服务的零售药店，可向所在辖区经办机构提出申请，并提供以下材料：

（一）《温州市医疗保障定点零售药店申请书》及《评



估表》(附件 3、5)；

(二) 药品经营许可证、营业执照、法定代表人或实际控制人的身份证复印件及零售药店工作人员花名册；

(三) 与医保政策对应的内部管理制度和财务管理制度, 医保专(兼)职管理人员劳动合同；

(四) 药品经营品种及价格清单(连锁门店可由总部统一提供)；

(五) 零售药店营业场所产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同；

(六) 执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同；

(七) 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

(八) 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

(九) 按相关规定要求提供的其他材料。

### 第三章 受理

**第九条** 经办机构原则上每季度应开展 1 次集中受理审查, 对申请材料进行初审, 材料齐全的予以受理, 材料不齐或不符合条件的, 应自收到材料之日起 5 个工作日内一次性告知申请机构。申请机构应自收到材料补正通知之日起 5 个工作日内补正, 逾期不补正的视作放弃申请, 须 3 个月后方可再次申请。

**第十条** 医疗机构有下列情形之一的,不予受理定点申请:

(一) 以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙、健康体检等非基本医疗服务为主要执业范围的;

(二) 基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的;

(三) 未依法履行行政处罚责任的;

(四) 以弄虚作假等不正当手段申请定点,自发现之日起未满3年的;

(五) 因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的;

(六) 因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的;

(七) 法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议,未满5年的;

(八) 法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单的;因医疗服务行为受到有关行政部门处罚未满1年的;

(九) 近2年内有非法行医、非法医疗广告、诊室外包等不规范经营行为的;

(十) 同一法人主体(投资主体)的相关定点医疗机构,1年内有因违规被暂停、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理等情况的;

(十一) 法律法规规定的其他不予受理的情形。

**第十一条** 零售药店有下列情形之一的,不予受理定点申请:

(一) 未依法履行行政处罚责任的;

(二) 以弄虚作假等不正当手段申请定点,自发现之日起未滿 3 年的;

(三) 因违法违规被解除医保协议未滿 3 年或已滿 3 年但未完全履行行政处罚法律责任的;

(四) 因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未滿 1 年或已滿 1 年但未完全履行违约责任的;

(五) 法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议,未滿 5 年的;

(六) 法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单的;因药品经营行为受到有关行政部门处罚未滿 1 年的;

(七) 同一法人主体(投资主体)的相关定点医药机构,1 年内有因违规被暂停、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理等情况的;

(八) 法律法规规定的其他不予受理的情形。

## 第四章 核 查

**第十二条** 经办机构可通过资料审核、现场核查、函询

相关主管部门意见等方式，对医药机构所申报材料和信息进行审核，对提供虚假材料的医药机构，一经核实，取消本次申请。

**第十三条** 经办机构按照评估的要求和定点原则，依据申报资料及《评估表》对医药机构进行现场核查打分。现场核查人员至少 2 人以上到场，并实行回避制度。逐步推广全市双随机现场核查模式，确保公平性和公正性。

## 第五章 专家评估

**第十四条** 市级经办机构根据实际情况建立、管理评估专家库。专家库成员可由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员，以及“两代表一委员”、行风监督员、经办机构及相关行业协会代表组成。市级经办机构从专家库中抽取专家组成评估小组，由 1 名组长和随机抽取的 6 名专家组成，组长由市级经办机构负责人担任。

**第十五条** 现场核查分合格（120 分及以上）和不合格（120 分以下），合格的提交评估小组综合评估，不合格的，辖区经办机构应告知其理由，提出整改建议，自结果告知送达之日起，整改 3 个月后可再次申报，第二次申报现场核查仍未合格的，1 年内不得再次申请。

评估小组按照核查结果、经办机构汇报情况等综合评估，评估结果分通过与不通过。评估通过的，纳入拟新增医保定点的医药机构名单；评估不通过的，由辖区经办机构

进行通知。

评估小组评估时间自受理申请材料之日起不超过 20 个工作日，医药机构补充材料时间不计入评估期限。

**第十六条** 经办机构根据拟新增医保定点的医药机构名单向社会公示。公示期满无异议的，列入拟签订医保协议的名单。

## 第六章 协议签订

**第十七条** 拟签订医保协议的医药机构应在签约前接受辖区医保经办机构组织开展的培训。医疗机构的负责人、医保部门负责人、医务骨干；零售药店的零售药店的负责人、医保负责人、执业药师、主要从业人员等须接受经办机构组织开展的政策培训，并须通过经办机构测试，培训内容主要包括医保政策法规、协议管理规定、医保业务流程、违规案例分析等。

具体培训和考核方式由市级经办机构负责制定，各辖区经办机构负责执行。

**第十八条** 医药机构应配备适应医保结算、监管、服务等要求的信息系统和硬件设备，按医保部门和经办机构要求安装实名制就医购药验证、实时监控等智能监管系统，并按要求完成医保信息系统、监管平台软硬件配置和改造，医保网络接入等各项工作，并通过经办机构验收。

培训考核及信息验收工作应在评估通过后的 3 个月内完

成，医药机构因自身原因未在规定时间内按要求完成签约前准备工作的，该药店本次纳入医保定点的申请无效，经办机构不得与该药店签订医保协议。

**第十九条** 符合医保协议签订条件并按时完成签约前准备工作的医药机构，首次应向辖区经办机构及市级经办机构申请签订三方医保协议，纳入定点协议管理。医药机构因自身原因在符合服务协议签订条件后的10个工作日内未签订医保协议的，视作自动放弃。

医保协议应明确各方权利、义务和责任，并严格执行协议约定。协议期限一般为1年。

**第二十条** 续签应由定点医药机构于医保协议期满前3个月向辖区经办机构提出申请或由辖区经办机构统一组织。辖区经办机构与定点医药机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，在市级经办机构的监督下，双方根据医保协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。协商一致的，可续签双方医保协议；未达成一致的，医保协议到期后自动终止。

**第二十一条** 经办机构与医药机构在定点确定、协议签订过程中发生的争议，可以采取自行协商解决或要求同级医保行政部门协调解决。仍无法解决的，可提起行政复议或行政诉讼。

## 第七章 动态管理

**第二十二条** 经办机构应坚持以人民健康为中心，根据

保障基本、公平公正、全责明晰、动态平衡的原则开展医疗保障定点医药机构管理工作。

**第二十三条** 经办机构或其委托符合规定的第三方机构，参照上级部门制定的相关考核办法，并结合医保信用评级结果，对定点机构开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果与年终清算、协议续签、退出协议管理等挂钩。

**第二十四条** 定点医疗机构经相关职能部门批准变更单位名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构性质、机构规模、等级和类别等重大信息的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向辖区经办机构提出变更申请，由辖区经办机构根据相关规定核查后向市级经办机构报备，其他一般信息变更应及时书面告知。被发现重大信息发生变更但未办理变更手续的，经办机构终止其服务协议。

**第二十五条** 定点零售药店经相关职能部门批准变更单位名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址和药品经营范围等重大信息的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请，由辖区经办机构根据相关规定核查后向市级经办机构报备，其他一般信息变更应及时书面告知。被发现重大信息发生变更但未办理变更的，经办机构终止其服务协议。

**第二十六条** 新增定点医药机构签订服务协议后一年内变更地址的，原协议终止，须重新申请定点（政府公共事业建设、拆迁除外）。一年后定点医药机构在原辖区内地址

变更的，应自有关部门批准之日起 30 个工作日内向辖区经办机构提出变更申请，经办机构应参照《评估表》各项要求重新考核，给符合要求的机构办理变更手续；未按规定备案的，经办机构终止其服务协议。

定点医药机构跨辖区地址变更的，原医保服务协议终止，医药机构应按本细则向新管辖地经办机构重新申请医保定点。

**第二十七条** 协议定点医药机构因违规被调查、处理期间不得申请变更信息。

**第二十八条** 占用定向指标的定点零售药店不得变更地址（政府公共事业建设、拆迁除外），否则视同终止协议。

**第二十九条** 医保经办机构与定点医药机构可依据国家、省、市相关规定及定点服务协议暂停履行医保协议约定，暂停期间发生的医保费用不予结算。定点医药机构可提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过 180 日，定点医药机构在医保协议中止超过 180 日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。

**第三十条** 定点医药机构发生违反国家、省、市相关规定被医保管理部门立案调查、被移交司法部门，医保经办机构应及时暂停与定点医药机构之间的医保协议，直至结案，再按结案结果进一步处理。

**第三十一条** 医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过第三方评价、聘请社会监督员



等方式对定点确定工作进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

## 第八章 附 则

**第三十二条** 本实施细则自发文之日起开始施行，由医疗保障局负责解释，《温州市基本医疗保险定点医药机构协议管理办理规程》（温人社发〔2017〕132号）同时废止。

- 附件：1. 《温州市新增定点医药机构协议申报流程》  
2. 《温州市医疗保障定点医疗机构申请表》  
3. 《温州市医疗保障定点零售药店申请表》  
4. 《温州市医疗保障定点医疗机构评估表》  
5. 《温州市医疗保障定点零售药店评估表》



## 附件 1

# 温州市新增定点医药机构协议申报流程

按照定期发布的申报公告，申请定点的医药机构根据自身服务能力，自愿向管辖的经办机构提出申请签订服务协议。申报流程如下：

### 一、受理申请

各辖区医保经办机构原则上每年 3 月、6 月、9 月、12 月前 5 个工作日集中受理医药机构定点申请，并对申请材料进行初审，材料齐全的予以受理，材料不齐或不符合条件的，应自收到材料之日起 5 个工作日内一次性告知医药机构。医药机构应自收到材料补正通知之日起 5 个工作日内补正，逾期不补正的视作放弃申请，须 3 个月后方可再次申请。

### 二、现场审核

集中受理期结束后，经办机构应组织核查人员，进行材料和现场审核，按照《评估表》对医药机构逐项打分，同时做好原件存档，复印件核对盖章，必要时影像资料、电子资料留底。原则上 10 个工作日内完成核查并提交评估小组综合评估。

如申请单位现场打分表未达到 120 分或基础指标项有不合格项，应退出申报流程，各辖区医保经办机构需告知申请单位结果，打分表及材料由各辖区医保经办机构自行留底存

档。

### 三、组织评估

市医保中心组织开展全市定点医药机构专家评估会议，并在评估会议结束后3个工作日内将评审结果反馈至各辖区医保经办机构。

评估结果通过的，列入拟新增医保定点的医药机构名单；评估结果不通过的，辖区经办机构应告知其理由。

### 四、公示

经办机构根据评估结果拟定拟新增医保定点的医药机构名单，并向社会公示。公示时间为5个工作日。公示期满无异议的，列入拟签订医保协议的名单。公示期间有异议的，该机构所在经办机构应及时启动调查程序，核实情况。经调查举报情况属实的，应责令其整改；存在使用弄虚作假等不正当手段申请定点的，自发现之日起3年不得申请定点。经调查被举报单位符合定点申报要求的，应继续签约流程。

### 五、培训考核

经办机构应于公示结束后3个工作日内通知相关医药机构参加培训考核。医药机构应在接到培训通知后的2个工作日内将培训对象名单报医保经办机构，无特殊情况不得更换人员。经办机构应在收到名单后5个工作日内告知医药机构具体时间安排，并在培训结束后5个工作日内由经办机构组织考核，考核结束后3个工作日内公布考核合格名单。

## **六、信息验收**

医药机构须按要求完成医保信息系统、监管平台软硬件配置和改造，医保网络接入等各项工作，并通过信息中心验收。

信息中心凭公示无异议证明测试验收各申请单位信息系统，验收通过的出具信息系统验收通过单。

## **七、签约开通**

医药机构凭信息中心出具的信息系统验收通过单与所辖医保经办机构协商签约，并开通医保结算。因医药机构自身原因 10 个工作日内未按时签订协议的，视为自动放弃本轮定点医药机构协议管理。

## **八、备案**

经办机构应向社会公布新增定点医药机构名单，并报同级医疗保障行政部门备案。